

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

388
N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Nicole REMBERT, née LEDUC

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 3 Octobre 1935, à Colombes (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 13 avril 1964

CONSIDERATIONS SUR LA ROUGEOLE

Président : M. J. MARIE, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Nicole REMBERT, née LEDUC

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 3 Octobre 1935, à Colombes (Seine)

Présentée et soutenue publiquement le 13 avril 1964

CONSIDERATIONS SUR LA ROUGEOLE

Président : M. J. MARIE, Professeur

I M P R I M E R I E
R. FOULON & C^{ie}
29, RUE DEPARCIEUX, 29
PARIS — 1964

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BINET (L.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CATHALA (J.), CHABROL (E.), CHAILLEY-BERT (P.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GALLIARD (H.), GAUDAR D'ALLAINES (F. DE), GENNES (L. DE), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LAROCHE (G.), LAVIE (G.), LELONG (M.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), MOUQUIN (M.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), PIÉDELIEVRE (R.), QUÉNU (J.), RICHET (C.), SENÈQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.), VERNE (J.).

DOYEN : Gaston CORDIER,

1^{er} ASSESSEUR : Daniel BARGETON — 2^e ASSESSEUR : Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appl. à l'Education physique et aux sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
	DOGNON (A.)
	DJOURNO (A.)
Cancérologie méd. et soc.	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et méd. préven.	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)

	MM.
Microbiologie (Bactériol. et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathol. expér. et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAT (J.)
Pathol. et thérap. générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
	PARROT (J.)
Physiol. et pathol. obstét.	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
	POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)

Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

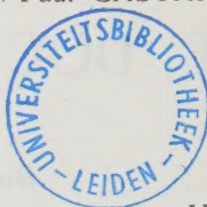
a) PROFESSEURS TITULAIRES :

Cliniques :

— carcinologique chirurg. (Necker)	REDON (H.)
— cardiol. (Broussais)	SOUILLÉ (P.)
— chirurgicales : <i>Beaujon</i> : LORTAT-JACOB (J.-L.); - <i>Cochin</i> : LEGER (L.); - <i>Hôtel-Dieu</i> : PATEL (J.); - <i>Pitié</i> : CORDIER (G.); - <i>Saint-Antoine</i> : GOSSET (J.); - <i>Salpêtrière</i> : SICARD (A.); - <i>Tenon</i> : OLIVIER (Cl.).	
— chirur. infant. et orthop. (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
— chirurg. orthopéd. et traumatol. (Cochin)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
— chirurgie cardio-vascul. (Broussais)	DUBOST (Ch.)
— chirurg. pleuro-pulmon. (Laënnec)	MATHEY (J.)
— endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)

Cliniques :

— Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
— gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
— maladies cutanées et syphilit. (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
— maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
— maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
— maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	DELAY (J.)
— malad. metab. (Necker)	HAMBURGER (J.)
— maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
— maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)



Cliniques :

médicales : Broussais :	MILLIEZ (P.), LENÈGRE (J.); - Cochin : BROUET (G.); - Hôtel-Dieu : BARIÉTY (M.); - Lariboisière : SÈZE (S. DE); - Pitié : DREYFUS (G.); - Saint-Antoine : KOURILSKY (R.), BOUDIN (G.).
d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
neurolog. (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
obstétricales : Baudelocque : LACOMME (M.); - Foch (Suresnes) : MERGER (R.).	
obstétricale et gynécol. (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
ophtalmol. (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
» (Cochin)	OFFRET (G.)
oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)

MM.

Cliniques :

— pédiatrie et de puéricul. (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
— pneumo-ptisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
— neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
— rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
— stomato. (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
— thérapeutique chirurg. (Vaugirard)	ROUX (M.)
— thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
— toxicologique	GAULTIER (M.)
— urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— chirurg. orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urolog. (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance (Trousseau)	N...

MM.

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)

Médecine :	AZERAD (E.);	BOUR (H.);	LAMBLING (A.);	LHERMITTE (F.);	PEQUIGNOT (H.);	PERRAULT (M.);	SIGUIER (F.);	WORMS (R.).
Rhumatologie		DELBARRE (F.)						

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie : MM. CABROL (C.); COUINAUD (C.); GILLOT (C.); HUREAU (J.).
Anatomie pathologique : Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.) pr. s. ch. MM. ABELANET (R.); CHOMETTE (G.); GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch.; NEZELOFF (Ch.); ORCEL (L.); PAILLAS (J.).
Anesthésiologie : Mine DU BOUCHET; MM. KERN (E.); VOURC'H (G.).
Bactériologie : MM. BARBIER (P.); pr. s. ch.; CHRISTOL (D.); DAGUET (G.); LE MINOR (L.); TOURNIER (P.).
Biochimie médicale : MM. BAULIEU (Et.), m. conf.; BOURILLON (R.); CARTIER (P.), pr. s. ch.; CORNILLON (P.); DREYFUS (J.-Cl.); GONNARD (P.); JÉROME (H.); KRUIH (J.); LEGRAND (J.-Cl.); NORDMANN (J.).
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. PLAS (F.).
Biologie médicale : MM. BENHAMOU (J.-P.); BOIVIN (P.); HARTMANN (L.), pr. s. ch.
Carcinologie : MM. BOIRON (M.); DENOIX (P.); MATHÉ (G.); SELIGMANN (M.).
Cardiologie : M. HATT (P.-Y.).
Dermato-Syphiligraphie : MM. CIVATTE (J.); DUPERRAT (B.); HEWITT (J.); TOURAINE (R.).
Electro-Radiologie : MM. HEITZ (F.), m. conf.; LEDOUX-LEBARD (G.).
Embryologie : M. ROUX (Ch.).

Hématologie : MM. BESSIS (M.); BILSKI-PASQUIER (G.); DAUSSET (J.); DUHAMEL (G.).
Histologie : MM. COUJARD (R.), p. s. ch.; DA LAGE; MAROIS (M.); RACADOT (J.); SCHRAMM (B.).
Hydrologie : MM. BESANÇON (F.); CORNET (A.).
Hygiène : MM. BLANCHER (G.); CORRE-HURST (Mme L.); ROUSSEL (A.); SAPIN-JALOUSTRE (H.).
Maladies infectieuses : MM. DUPONT (V.); LISSAC (J.); RAPIN (M.).
Maladies métaboliques : MM. ANTOINE (B.); CROSNIER (J.); RICHET (G.); SEBAOUN (J.).
Médecine légale : MM. BOURGUIGNON (A.); FOURNIER (E.); GUENIOT (M.); HADENGUE (A.).
Médecine du Travail : M. ALBAHARY (C.).
Neuro-chirurgie : M. PERTUISSET (B.).
Neuro-Psychiatrie : MM. CAMBIER (J.); CATHALA (H.); ESCOUROLLE (R.); GAUTIER (J.-Cl.); LAPRESLE (J.); LEREBOLLETT (J.); PICHOT (P.); TARDIEU (G.).
Obstétrique : MM. GRANJON (A.); HERVET (E.); LE LORIER (G.); LÉVY (J.); LEWIN (D.); MUSSET (R.); ROBEY (M.); SENEZE (J.); SUREAU (C.); TCHOBROUTSKY (M ^{me} C.); THOYER-ROZAT (J.).
Ophtalmologie : M ^{mes} AUVERT (B.); FONTAINE (M.); MM. BRÉGEAT (P.); DUBOIS (A.); SARAUX (H.).
Orthopédie : MM. DUPARC (J.); MAURER (P.); MEARY (R.); POSTEL (M.); RAMADIER (J.).
Oto-Rhino-Laryngologie : MM. DEBAIN (J.); PIALOUX (P.); SERGENT (H.).

Parasitologie : MM. GOLVAN (Y.); HO THI SANG (Mlle); LAPIERRE (J.)

Pathologie chirurgicale : MM. BARCAT (J.); BINET (J.-P.); BLONDEAU (Ph.); CERBONNET (G.); CHATELIN (C.-L.); DAUTRY (P.); DEMIRLEAU; DUBOST (Cl.); FAUREL (J.); FLABEAU (F.); GALEY (J.-J.); GARBAY (M.); GARNIER (H.); GAUDART-D'ALLAINES (Cl. de); GERMAIN (A.); LATASTE (J.); LOYGUE (J.); MAILLARD (J.-N.); MERCADIER (M.); NATALI (J.); PELLERIN (D.); PERROTIN (J.); PRÉ-MONT (M.); ROBERT (H.); THOMERET (G.); VAYSSE (J.).

Pathologie exotique : M. SCHNEIDER (J.)

Pathologie expérimentale : MM. BERTHAUD (P.); COTTENOT (Fr.); LÉPER (J.), *pr. s. ch.*; MAURICE (J.); MIKOL (Cl.); PAUPE (J.-R.)

Pathologie médicale : MM. ACAR (J.); AUQUIER (L.); AUSSANNAIRE (M.); BEAUMONT (J.-L.); BERNIER (J.-J.); BOUVIER (J.); BOUVRAIN (Y.); BRISAUD (H.); BROCARD (H.); BUGÉ (A.); CANIVET (J.); CARLOTTI (J.); CATINAT (J.); CHRÉTIEN (J.); CLOAREC (M.); COBLENTZ (B.); CONTAMIN (F.); COURY (C.); DEBRAY (J.); ÉTIENNE (J.-P.); FREZAL (J.); FRITEL (D.); FUNCK-BRENTANO (J.-L.); GRIVAUX (M.); HAZARD (J.); HENNEQUET (A.); HIMBERT (J.); HOUSSET (E.); LAGRUE (G.); LESOBRE (R.); LEVEQUE (B.); MACREZ (C.); MOREAU (L.); NENNA (A.); NICK (J.); POULET (J.); ROYER (P.); TCHERDAKOFF (Ph.); THIBAUT (Ph.); TOURNEUR (R.); VILLIAUMEY (J.); WOLFROMM (R.).

Pédiatrie-Puériculture : MM. ALAGILLE (D.); ARSON (J.); CANLORBE (P.); GORIN (R.); LAFOUTCADE (J.); LEPERCQ (G.); LESTRADET (H.); MALLET (R.); MANDE (R.); MINKOWSKY (A.); MOZZICONACCI (P.); POLONOVSKI (C.); REY (J.); RIBIERRE (M.); ROSSIER (A.); VIALATTE (J.);

Pharmacologie : MM. BOISSIER (J.); LECHAT (P.)

Physiologie : MM. BARRES (G.); DURAND (J.); GIRARD (Fr.), *m. conf.*; HUGELIN (A.); LAUREN (D.); SCHERRER (J.), *pr. s. ch.*; VASSEUR (B.)

Physique médicale : MM.CHANTEUR (J.); COURSGET (J.); GREMY (F.), *m. conf.*; MILHAUD (G.); PAGÈS (J.-Cl.); PELLERIN (P.); ROUCAYROL (J.-C.), *pr. s. ch.*; TUBIANA (M.), *m. conf.*

Pneumo-phthisiologie : MM. DECROIX (G.); ISRAËL (L.); MEYER (A.); RENAULT (P.); SORS (Ch.)

Psychiatrie infantile : MM. DENIKER (P.); DUCHESNE (D.); FLAVIGNY (H.).

Radiologie médicale : MM. DUBOST (J.); LEFEBVRE (J.); MICHEL (J.-R.).

Rhumatologie : M. MASSIAS (P.).

Stomatologie : MM. CAUHEPE (J.); CERNEA (P.); CHAPUT (Mme A.), *m. c. agr.*; CREPY (C.); FLEURY (R.); GRELLET (M.).

Thérapeutique : MM. CHASSAGNE (P.); FOUET (P.); LABET (R.); MARCHE (J.).

Urologie : MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale : M. VERNE (J.-M.).

Clin. médic. : MM. RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale : MM. GRASSET (J.); MAYER (M.); MORIN (P.).

Clinique ophtalmologique : M. DESVIGNES (P.).

Clinique pédiatrique et puéri. : M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie : M. HAUDUROY (P.), *pr. s. ch.*

Pathologie chirurgicale : M. RUDLER (J.), *pr. s. ch.*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté : M. LENA (J.)
Conseiller administratif : Mlle CHANTREUIL (G.).
Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine : M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateurs : Mlles DUMAITRE (P.), LE NOL (G.), QUIÉVREUX (E.).

Bibliothécaires : Mmes CONTET (J.), FORGET (E.)
Mlle LAURENT (H.); Docteur SCHILLER (J.).

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

A MON MARI

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JULIEN MARIE

Professeur de la Chaire de Pédiatrie Sociale
à la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Hôpitaux

Directeur de l'Institut de Pédiatrie Sociale

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

Hommages respectueux.

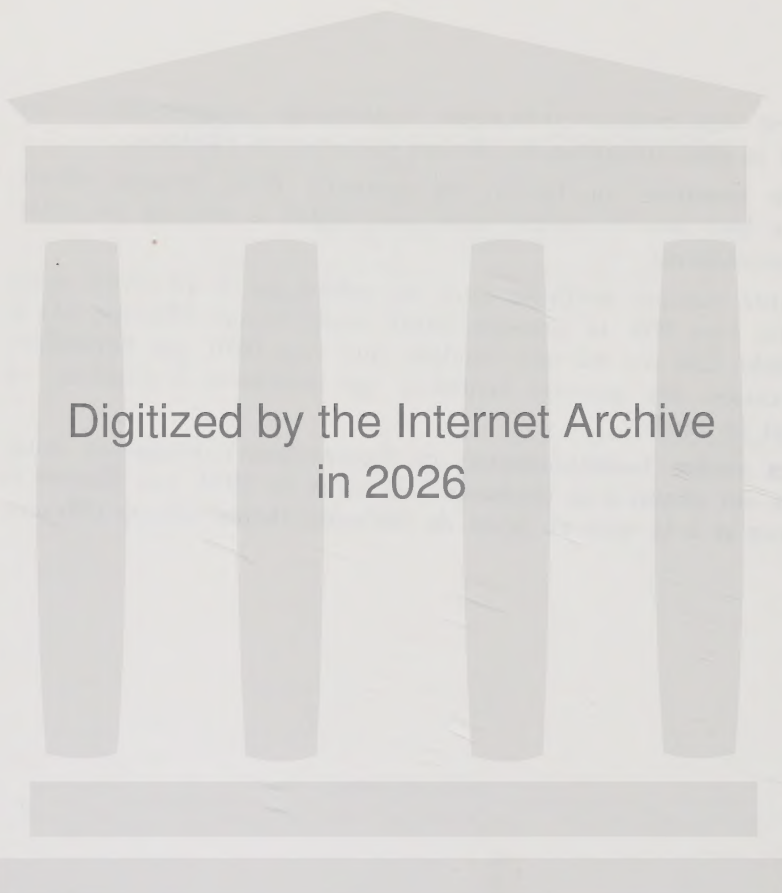
INTRODUCTION

C'est une maladie infectieuse contagieuse, endémo-épidémique, qui est la plus fréquente des fièvres éruptives de l'enfance.

Elle constitue un facteur de mortalité dans certains milieux urbains, bien que les antibiotiques aient réduit la sévérité des infections secondaires.

Entité clinique semblant avoir été définie par le physicien arabe RHAZES, vers 900, la rougeole paraît avoir ravagé l'Europe dès le VII^e siècle. Elle n'a été individualisée que vers 1670, par SYDENHAM, à l'occasion des grandes épidémies qui éclatèrent à Londres, en 1660 et en 1664.

Les études bactériologiques et thérapeutiques longtemps poursuivies ont abouti à la découverte du virus en 1954, par ENDERS et PEEBLES et à la mise au point de méthodes thérapeutiques efficaces.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

ETIOLOGIE

FAITS EXPÉRIMENTAUX

La maladie a pu être obtenue chez l'animal ou chez des volontaires.

Chez le singe, on a pu reproduire la maladie qui laisse derrière elle une immunité définitive.

On a pu également, en plaçant de faibles doses de sang virulent dilué sur la peau scarifiée de sujets réceptifs, déterminer une fébricule avec énanthème buccal.

L'isolement du virus a montré que celui-ci avait un diamètre de 110 à 180 microns. Il a été décrit par A.P. GOLFE : une membrane externe nettement définie à l'intérieur de laquelle se trouvent des formations qui, à l'occasion de la rupture de la membrane, apparaissent sous la forme de bâtonnets constitués par des filaments entourés selon une configuration hélicoïdale et des formations dites « en rosette ».

Le virus se cultive dans des milieux spéciaux. On a pu obtenir l'atténuation de la virulence par passage sur cellules d'embryon de poulet et préparer un vaccin vivant à partir d'une souche adoptée universellement : la souche Edmonston.

Le virus peut être retrouvé dans le rhino-pharynx, le sang et les urines à la période pré-éruptive, à la suite de laquelle il disparaît.

EPIDEMIOLOGIE

Il s'agit d'une maladie universellement rencontrée, endémique dans les grandes villes, épidémique et sporadique.

La contagion est directe, de malade à sujets réceptifs. Elle se fait par les particules salivaires. Sa contagiosité débute quarante-huit heures avant le début de la phase d'invasion et s'étend sur toute cette période d'invasion et sur les six jours de l'éruption. Les atteintes peuvent rester frustes et propager cependant la maladie.

Le maximum de la maladie s'observe au début du printemps.

La moitié des cas s'observent chez des sujets de moins de quatorze ans.



ETUDE CLINIQUE

La rougeole régulière de l'enfant, que nous envisagerons tout d'abord, évolue en quatre stades : incubation, invasion, éruption, desquamation.

1) PERIODE D'INCUBATION

La période d'incubation est silencieuse et d'une durée fixe de dix jours.

2) PERIODE D'INVASION

La période d'invasion est importante à connaître, en raison de son caractère hautement contagieux. Elle dure de trois à cinq jours et c'est la plus longue des périodes d'invasion de toutes les maladies éruptives.

Son début est progressif, marqué par :

a) DES SIGNES GÉNÉRAUX : la fièvre monte rapidement à $38^{\circ}5-39^{\circ}$, s'accompagnent de sueurs, de tachycardie, de troubles digestifs, d'un malaise général avec céphalée. L'enfant est grognon. Cette montée thermique a été précédée d'un picotement des yeux et du nez avec éternuements répétés et œdème de la conjonctive palpébrale.

b) CATARRHE OCULO-NASAL qui rend le facies du rougeoleux très caractéristique, facies pleurard classique : les yeux sont rouges, larmoyants, les paupières bouffies, les conjonctives injectées.

Il existe en outre un écoulement nasal qui irrite la lèvre supérieure.

La voix est rauque et on note une toux opiniâtre, sèche, férine.

c) Devant un tel tableau catarrhal, il faut rechercher le SIGNE DE KOPLIK, après s'être enquis d'un éventuel contagé.

Le signe de Koplik apparaît à la trente-sixième heure et il est pathognomonique de la rougeole.

Il doit être recherché de façon systématique, car il ne donne lieu à aucun signe fonctionnel.

Il doit être recherché avec soin, dans de bonnes conditions d'éclairage, car il est discret.

Sur la face interne des joues, en regard de la première molaire, sur le pourtour de l'orifice du canal de Sténon, il apparaît un semis de petites taches qui vont s'étendre ensuite aux gencives. Ces taches sont difficiles à voir, blanches ou blanc bleuâtre, cernées d'une auréole rougeâtre sur le dépoli de la muqueuse, de la taille d'une tête d'épingle, adhérant à la muqueuse dont elles ne se laissent pas détacher ; elles ne s'ulcèrent pas.

Peu nombreuses en général, elles confluent, saupoudrant la muqueuse.

De courte durée, elles disparaissent quand sort l'éruption. Parfois même, ce signe est si éphémère qu'il passe inaperçu.

Il peut s'accompagner d'un pointillé rubéolé du voile ou d'une stomatite érythémato-pultacée.

A l'auscultation, quelques râles de bronchite peuvent être perçus.

Tels sont les symptômes fondamentaux de la période d'invasion, pendant laquelle l'enfant est grognon, agité.

Il faut dès lors l'isoler.

Cette période dure environ quatre jours, la température diminue peu à peu. Puis, au cours d'une nuit, marquée par une brusque recrudescence des signes généraux, l'éruption va apparaître.

3) LA PERIODE D'ERUPTION CUTANEE

Elle débute généralement pendant la nuit, après trois ou quatre jours d'invasion, de trente-six à quarante-huit heures après l'apparition du signe de Koplik, quatre jours après le premier contact infectant.

Cette éruption est parfois précédée d'une accentuation du malaise avec soif vive et agitation.

L'exanthème débute toujours derrière les oreilles, au niveau des régions mastoïdiennes, à la racine des cheveux, pour gagner le front et la face, où il reste discret les premiers jours, alors qu'il commence à s'étendre au front.

Le deuxième jour, l'éruption est intense sur le visage où elle s'accompagne d'un léger œdème, d'une sensation de brûlure et de démangeaisons. Elle est encore discrète sur le thorax.

Le troisième jour, elle est très nette sur le front où les éléments peuvent confluer, mais elle est atténuée sur les membres.

L'éruption est faite de macules, arrondies ou légèrement ovalaires, régulières ou dentelées, de la taille d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, de couleur rosée, s'effaçant momentanément à la pression, douces et veloutées au toucher, non prurigineuses, disséminées sur tout le corps, tendant parfois à confluer, surtout au niveau du dos. Fait capital, elles sont toujours séparées par des intervalles de peau saine.

Vingt-quatre à quarante-huit heures après leur apparition, les éléments pâlisent, deviennent aérés. La peau prend un aspect tigré.

Les signes associés à l'exanthème sont des plus discrets. La fièvre tombe brusquement ou en échelons dès que l'éruption sort plus franchement.

Le catarrhe disparaît ou ne se manifeste que par quelques râles de bronchite, ou par une diarrhée sans gravité.

Les urines sont un peu diminuées de volume, non albumineuses. La rate est parfois augmentée de volume.

Les modifications sanguines ont été bien précisées :

- pendant l'incubation, existe une hyperleucocytose modérée à 12.000 avec polynucléose ;
- à partir du premier jour de l'invasion, ces chiffres vont diminuer.

Pendant l'éruption, la leucopénie est autour de 4.000 éléments avec un abaissement des polynucléaires neutrophiles aux environs de 40 à 45 % et une lymphocytose. Les plasmocytes peuvent être observées.

4) LA DESQUAMATION

Elle commence dès la fin de l'éruption, débutant au visage, puis se généralisant en suivant également une marche descendante. Elle est très fine, furfuracée.

La rougeole régulière a une évolution cyclique et bénigne, la guérison survenant à la fin de l'éruption.

- L'isolement dure seize jours.
- L'immunité est définitive.
- Les rechutes, lors de la convalescence, sont exceptionnelles, tout comme les récidives.

FORMES CLINIQUES

1) Selon l'intensité et les caractères de l'éruption, on décrit :

1) FORMES FRUSTES

Des formes frustes, peu fébriles, donnant un catarrhe discret, une éruption peu importante. L'éruption peut même manquer. Ces formes sont bénignes mais constituent un gros facteur de dissémination. On en rapprochera les formes atténuées par injection de sérum.

2) FORMES MALIGNES

Des formes malignes s'observent au cours de certaines épidémies.

On décrit :

- des *formes ataxo-dynamiques* aboutissant à la mort en peu de temps dans un tableau d'hyperthermie et de déshydratation avec typhos ;
- des *formes suffocantes* ;
- des *formes hémorragiques* avec suffusions sanguines au niveau des macules éruptives et des viscères.

3) FORMES ERUPTIVES

Des variantes éruptives peuvent se voir :

- forme boutonneuse ;
- forme confluyente ;
- forme ecchymotique ;
- forme miliaire ;
- forme avec deux poussées éruptives à quarante-huit heures d'intervalle.

II) Formes selon le terrain

1) FORME DU NOURRISSON : elle est exceptionnelle avant six mois et rare avant un an (anticorps maternels, si elle a eu la rougeole).

L'incubation peut durer treize à seize jours.

L'élévation thermique est progressive, le catarrhe oculo-nasal discret, le signe de Koplik constant et précoce.

La convalescence est moins rapide et moins franche.

La rougeole est toujours très grave chez le nourrisson.

2) LA ROUGEOLE CONGÉNITALE peut être pré-natale ou post-natale avec éruption typique.

Le pronostic en est très grave.

3) LA ROUGEOLE DES CACHECTIQUES est chronique mais très grave.

4) CHEZ L'ADULTE, elle est plus sévère que chez le grand enfant.

III) Formes associées

Elles sont graves par les risques de complications :

- avec la coqueluche, fréquence des broncho-pneumonies ;
 - avec la diphtérie, elle est rare actuellement.
-

COMPLICATIONS

Elles sont rares mais souvent très graves.

I. — COMPLICATIONS RESPIRATOIRES

Elles sont parmi les plus fréquentes, liées essentiellement à des surinfections. C'est dire le rôle aggravant des agglomérations d'enfants. Elles se voient surtout avant trois ans.

A) Complications broncho-pulmonaires

1) LIÉES AU VIRUS MORBILLEUX :

a) Le catarrhe bronchique est plus un symptôme qu'une complication, se traduisant, à l'auscultation, par des râles ronflants et sibilants diffus et, à la radio, par une accentuation de la trame pulmonaire.

L'évolution en est simple et se complique rarement :

- de troubles de ventilation ;
- d'emphysème médiastinal ;
- de pneumothorax spontané.

b) *La bronchite capillaire ou catarrhe suffocant* se voit surtout chez les enfants du premier âge, au cours de certaines épidémies.

Elle débute brutalement au troisième jour de l'invasion ou lors de l'éruption qui alors sort mal.

La fièvre s'élève d'emblée à 40°-41°.

La dyspnée est intense :

- polypnée ;
- tirage sus et sous-sternal ;
- battement des ailes du nez.

La toux est incessante, l'état général sévèrement atteint avec agitation, convulsions.

L'auscultation révèle des signes variables :

- râles ronflants ;
- râles crépitants, fins ;
- simple diminution du murmure vésiculaire.

L'évolution se fait en deux ou trois jours vers la mort, dans un syndrome neurotoxique ou dans l'asphyxie ou la défaillance cardiaque.

Dans quelques cas, passé un cap entique, la guérison a pu être obtenue et alors de façon assez rapide.

2) COMPLICATIONS DE SURINFECTION :

Elles surviennent en pleine phase éruptive ou à la convalescence, annoncées par la persistance de la fièvre ou la remontée de la fièvre.

a) *La broncho-pneumonie aiguë à foyers disséminés* en est le type.

Le début en est progressif par une élévation thermique à 39°-40°, une altération de l'état général avec pâleur, agitation. Une polypnée apparaît avec battement des ailes du nez, toux sèche.

A ce stade, on ne retrouve que quelques râles ronflants et les antibiotiques peuvent alors enrayer l'évolution.

Sinon, le tableau va se compléter en quarante-huit heures. La dyspnée devient intense à type de polypnée expiratoire avec tirage sus et sous-sternale, battement des ailes du nez, tous sèche. L'état général est profondément atteinte : c'est un état toxi-infectieux. La fièvre est élevée, le pouls petit, rapide, la face pâle cyanosée, les lèvres sèches, l'agitation extrême, les urines rares, l'anorexie constante, l'amaigrissement est rapide, la leucocytose franche.

A l'examen du thorax, il existe des râles ronflants et sibilants disséminés, mais surtout il y a un ou plusieurs foyers de broncho-pneumonie :

- quelquefois, royer évident avec submatité, souffle, râles crépitants, retentissement de la voix et de la toux ;
- mais il faut savoir se contenter d'un petit foyer de râles bulleux, d'une submatité isolée, d'un souffle localisé inspiratoire, surtout d'un retentissement anormal du cri en une zone localisée ;
- ces signes en foyer peuvent manquer, mais il faut les rechercher par un examen bi-quotidien dans toute l'étendue des poumons.

La radiographie, pratiquée au lit du malade, montre des signes variables :

- soit opacités floues, nuageuses, non homogènes ;
- soit des images nodulaires, mal limitées, juxtaposées ou disséminées, uni ou bilatérales.

L'évolution est caractéristique, se faisant par poussées successives au cours desquelles les signes généraux et fonctionnels s'exagèrent, d'où l'aspect irrégulier de la courbe thermique ; de nouveaux foyers apparaissent et la mort survient souvent en huit à dix jours dans l'asphyxie et la défaillance cardiaque avec hépatomégalie.

Les traitements actuels permettent d'obtenir assez souvent la guérison, mais lentement en plus de trois semaines.

Il faut craindre des complications multiples, otite surtout, facteur d'aggravation très sérieux chez le nourrisson, mais aussi pleurésie purulente et plus rarement péricardite ou arthrite purulente.

Au cours de la longue convalescence, il faut craindre une rechute, la suppuration d'un foyer de la broncho-pneumonie, une otite tardive.

Enfin, des séquelles peuvent se voir à type de dilatation chronique.

b) *La forme pseudo-lobaire* a été décrite d'aspect clinique plus franc avec un début brutal, un foyer de la base le plus souvent, authentifié par la radiographie. L'état général est très atteint, mais le pronostic en est relativement bon.

c) *Les complications broncho-pulmonaires tardives* surviennent en général après une broncho-pneumonie aiguë, mais parfois lors de la convalescence d'une rougeole non compliquée. La fièvre persiste oscillante entre 38° et 39°, l'état général est atteint avec pâleur, amaigrissement, anorexie, diarrhée. La dyspnée et la toux persistent modérés, parfois existe une expectoration insolite.

L'examen physique met en évidence des signes variables : râles humides, souffle pseudo-cavitaire.

La radiographie montre des signes variables, opacités plus ou moins floues, mobiles, parfois une image normale.

Ce tableau clinique est commun à une série de complications tardives de la rougeole dont le diagnostic est difficile :

- broncho-pneumonie traînante pseudo-tuberculeuse de Hutinel liée à un trouble de ventilation ;
- pleurésie purulente tardive, évoluant à bas bruit que, seule, la ponction affirmera ;
- abès du poumon tardif plus rarement ;

- dilatation des bronches dont la preuve ne sera faite qu'ultérieurement par broncho-lipiodol ; leur pathogénie en reste discutée ;
- tuberculose pulmonaire enfin, à redouter sur un terrain débile, difficile à déceler du fait de la négativation de la cuti-réaction lors de la rougeole.

B) Atteinte des voies respiratoires supérieures

1) RHINITES PURULENTES avec exagération et infection du catarrhe, pouvant être le départ d'infections plus profondes telles que :

2) SINUSITES.

3) OTITES MOYENNES suppurées fréquentes, latentes, imposant la paracentèse au moindre doute.

4) ANTRITES, MASTOÏDITES, THROMBO-PHLÉBITES DES SINUS compliquant une otite.

5) LARYNGITES comprenant :

a) *Laryngites précoces*, en général bénignes, dues au virus morbillieux en dehors de toute surinfection :

- au cours de toute rougeole existe une *laryngite catarrhale* ;
- la *laryngite striduleuse* ou *faux croup* a un début brutal à la fin de la période d'invasion, alors révélatrice, ou au début de l'éruption. Il existe tout d'abord une dyspnée intense, bradypnée inspiratoire avec tirage sus-sternal et cornage, cyanose, agitation. La toux est rauque, mais la voix est claire. L'évolution se fait vers la cédation en quelques heures habituellement, elle est donc rapide, bénigne, spasmodique.

b) *Laryngites tardives* : elles sont graves, car dues à des surinfections.

Il s'agit habituellement d'une *laryngite ulcéreuse sous-glottique*, de début progressif avec élévation de la température, altération de l'état général, avec bradypnée inspiratoire progressivement croissante. La toux et la voix sont rauques, non éteintes, la cyanose apparaît. A l'examen, on peut parfois mettre en évidence une douleur à la

pression du larynx. La laryngoscopie directe montre les lésions caractéristiques : œdème, ulcérations et croûtes, et permet l'aspiration endolaryngée.

L'évolution est progressive, les crises asphyxiques s'associant à un état toxi-infectieux et imposant bientôt la trachéotomie ; malgré cela, la mort peut survenir en peu de jours.

La laryngite diphtérique est rare actuellement, avec extinction de la voix et de la toux. Elle est due à une surinfection et impose la sérothérapie et la trachéotomie.

II. — COMPLICATIONS NERVEUSES

Mise à part la méningite compliquant une otite latente, les complications nerveuses sont dues au virus morbillieux, réalisant une encéphalite ou encéphalo-myélite morbillieuse. Celle-ci est rare, atteignant surtout l'enfant, survenant du troisième au septième jour après le début de l'éruption, sans relation avec la gravité de la rougeole elle-même.

1) ENCÉPHALITE A ÉVOLUTION SURAIGUE de début brutal avec température à 40°, céphalée, puis torpeur et coma.

Souvent existe un syndrome méningé avec convulsion. L'évolution se fait vers la mort en vingt-quatre à trente-six heures. Parfois, au contraire, la rétrocession est rapide et sans séquelle.

2) ENCÉPHALO-MYÉLITE AIGUE DISSÉMINÉE : elle a un début moins brutal, avec apparition de troubles neurologiques très divers, variant chez le même malade au cours de l'évolution qui dure dix à quinze jours :

- troubles encéphaliques ;
- atteinte du tronc cérébral avec troubles de la déglutition, paralyties des nerfs crâniens, troubles cérébelleux ;
- atteinte médullaire avec paraplégie ;
- signes méningés cliniques.

L'évolution se fait souvent vers la guérison, mais des séquelles sont possibles et la mort survient parfois précocement.

3) FORME LOCALISÉE à l'une des régions précédentes du névraxe, réalisant des formes convulsives, psychiques, hémiplegiques, paraplégiques, ataxiques aiguës. Dans tous les cas, le liquide céphalo-

rachidien peut être perturbé avec réaction albumino-cytologique modérée avec albumine 0,40 g/litre et 50 lymphocytes par mm³. Plus souvent, le liquide est normal.

L'électro-encéphalogramme est souvent altéré : ondes lentes de grande amplitude, généralisées ou localisées.

III. — AUTRES COMPLICATIONS

Les autres complications de la rougeole sont à citer : conjonctivites, dacriocystites, stomatites simples ou ulcéreuses, parotidite suppurée, adénopathies cervicales, infections cutanées multiples, purpura, côlites dysentériques, vulvites.

DIAGNOSTIC

A la période d'invasion, le catarrhe peut faire discuter coryza, adénoïdite, bronchite, grippe, laryngite aiguë. Le diagnostic repose sur le cortège, le signe de Koplik, les caractères de l'énanthème.

L'éruption peut prêter à deux erreurs :

1) *La rubéole* dont l'éruption est plus fine, plus pâle, d'emblée aussi intense à la tête qu'au front. Il n'y a ni catarrhe, ni Koplik. Les deux signes distinctifs majeurs sont les ganglions occipitaux et cervicaux postérieurs et les modifications hématologiques.

2) *La scarlatine* est bien différente, mais peut être distinguée dans certains cas de rougeole confluente grâce à la réaction de Schultz-Charlton et l'hyperleucocytose sanguine.

On peut encore discuter des roséoles saisonnières, la variole plus rarement.

Des éruptions toxiques, d'origine digestive ou médicamenteuse, peuvent soulever des problèmes.

PRONOSTIC

La rougeole est une affection habituellement bénigne. Elle peut cependant être mortelle, parfois en raison :

- du génie épidémique ;
 - de l'âge de l'enfant, le jeune âge étant très exposé ;
 - du milieu social qui a une très grande importance sur l'état général et la résistance de l'enfant aux infections ;
 - de l'état antérieur du sujet.
-

TRAITEMENT

I. — ROUGEOLE COMMUNE

L'isolement durera quinze jours après l'éruption, avec séjour au lit durant toute la période fébrile.

Contre l'hyperpyrexie intense ou prolongée et contre l'agitation de l'enfant, on donnera de l'aspirine ou de la prométhazine.

II. — ROUGEOLE COMPLIQUÉE

1) OTITE : outre la paracentèse éventuelle, il faut donner des antibiotiques, tels que la tétracycline.

2) BRONCHO-PNEUMONIE : antibiotiques tels que la pénicilline, ainsi que les tonicardiaques, la rééquilibration électrolytique et l'oxygène pourront sauver l'enfant.

III. — PROPHYLAXIE

1) ISOLEMENT : l'éviction légale est de seize jours. L'isolement doit être strict en milieu hospitalier.

2) GAMMA-GLOBULINES : elles se donnent en injections intramusculaires. Elles sont d'autant plus efficaces qu'administrées plus précocement après le catarrhe. Elles atténuent la gravité de la maladie de même que le sérum de convalescent.

3) VACCIN : il a été utilisé par voie nasale ou parentérale avec des résultats très favorables.

CONCLUSION

La rougeole est une maladie contagieuse, infectieuse, endémo-épidémique, c'est la plus contagieuse des fièvres éruptives de l'enfance, due à un virus. Elle impose une éviction scolaire de seize jours pour le malade.

Connue depuis l'Antiquité, le virus de cette maladie n'a été isolé que dernièrement. La contagion est directe et le rôle des porteurs de germe n'est pas négligeable dans la propagation de la maladie. Cette dernière frappe essentiellement les enfants et surtout les enfants en collectivité.

L'incubation en est de dix jours, silencieuse, et précède la période d'invasion, marquée par un catarrhe à peu près général et un signe pathognomonique : le signe de Koplik. La valeur de ce signe est considérable à ce stade.

Dans la nuit du troisième au quatrième jour après le début de l'invasion, après une recrudescence thermique, l'éruption apparaît derrière les oreilles et à la racine des cheveux. Elle se généralise en deux ou trois jours selon une marche descendante. Elle est faite de macules non prurigineuses et surtout non confluentes qui deviennent cuivrées quarante-huit heures après leur apparition. La desquamation apparaît ensuite, fine et furfuracée, et suit également une marche descendante.

La rougeole régulière a une évolution bénigne et les rechutes et récidives sont exceptionnelles.

Des complications peuvent encore se voir, favorisées par le terrain débile et la vie en collectivité, et aggravées par ces mêmes facteurs.

Elles sont essentiellement d'ordre respiratoires, atteignant soit les voies hautes : rhinites, sinusites, otites surtout, soit les bronches et les poumons réalisant des broncho-pneumonies à foyers disséminés ou systématisés.

Il convient de mettre à part la bronchite capillaire, œdème pulmonaire entrant dans le cadre des manifestations malignes.

Quant aux relations tuberculose-rougeole, elles sont discutables. La rougeole, il faut le savoir, est anergisante.

Le traitement est habituellement simple et réduit. En cas de surinfection, les antibiotiques ont transformé le pronostic.

La vaccination reste à l'étude.

Vu, le Doyen :
CORDIER

Vu, le Président de Thèse :
J. MARIE

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- CHAIGNEAU. — Contribution à l'étude de l'encéphalite de la rougeole. (*Thèse*, Montpellier, 1943-1944.)
- BORE (A.). — Vaccination contre la rougeole. (*Cl. Conf.*, 20 mars 1961.)
- DAVIDSON (F.) et ZOURBAS (J.). — Prophylaxie de quelques maladies épidémiques dans les crèches du département de la Seine. (*C.I.E.*, Paris, 1960, p. 29.)
- DEBRÉ (R.). — Vaccination contre la rougeole. (*Journées Pédiatriques*, 1962, p. 291.)
- GOFFE (A.P.). — Measles virus. (*Am. J. Dis. Child.*, 1962, 103, 327.)
- LAPORTE (A.). — La rougeole. (*Traité de Médecine*, Paris, 1948, 634-673.)
- MANDE (R.) et MOUÏY (A.). — Rougeole. (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale*, 1958.)
- TOURNIER (G.). — Les aspects radiologiques des poumons dans la rougeole non compliquée. (*Thèse*, Paris, 1949.)
- ZOURBAS (J.). — Epidémiologie de la rougeole. (1963.)
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7
ETIOLOGIE	9
— <i>Faits expérimentaux</i>	9
EPIDÉMOLOGIE	11
ETUDE CLINIQUE	13
FORMES CLINIQUES	17
COMPLICATIONS	19
— <i>Complications respiratoires</i>	19
— <i>Complications nerveuses</i>	23
— <i>Autres complications</i>	24
DIAGNOSTIC	25
PRONOSTIC	27
TRAITEMENT	29
— <i>Rougeole commune</i>	29
— <i>Rougeole compliquée</i>	29
— <i>Prophylaxie</i>	29
CONCLUSION	31
BIBLIOGRAPHIE	33

